



L'anorexie infantile, étude clinique ou Mademoiselle « Pas gâteau »

David Frank Allen

DANS **DIALOGUE** 2003/1 n^o 159 , PAGES 21 À 30
ÉDITIONS ÉRÈS

ISSN 0242-8962

ISBN 2749201357

DOI 10.3917/dia.159.0021

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-dialogue-2003-1-page-21?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Sueurs froides

L'anorexie infantile, étude clinique ou Mademoiselle « Pas gâteau »

DAVID FRANK ALLEN

C'était un mercredi, ou peut-être un vendredi. Quelques lignes dans le cahier de la secrétaire : « A cassé sa courbe de croissance à neuf mois, ne mange plus depuis trois semaines, parents inquiets. » C'est ainsi que je fis la connaissance de Mademoiselle « pas gâteau » (ou Mlle X) ; une « rencontre » faite de bonne heure.

Un rendez-vous est pris pour le vendredi, jour de calme dans le CMP : les parents, donc, ne comprennent pas que leur fille ne veuille plus manger. Le père est plein de bon sens, ancien pompier devenu technicien, pour lui la pathologie de sa fille est inexplicable : « Elle ne veut plus manger. » La mère paraît plus fragile, elle raconte déjà l'histoire de sa fille ainsi que quelques éléments épars de sa propre histoire, qui n'est sans doute pas sans lien avec l'histoire de sa propre mère, catholique croyante, qui a vécu en Afrique.

Vers 18 heures, donc, je reçois Mlle pas gâteau ; les ambulanciers sont prévenus ainsi que le Dr X du centre hospitalier X. Je lui ai fait part du tableau clinique selon les données de la secrétaire (excellente secrétaire de CMP, qui sait poser des questions essentielles).

Une petite fille d'environ cinq ans, de gros yeux et peu de muscles ; elle me parle des poneys qu'elle aime, de son petit frère (qu'elle aurait envie de tuer) et de son école où elle brille comme ses yeux. Je suis troublé par la rencontre. *Exit* Mlle X et retour des parents dans mon bureau crasseux. Les

parents prennent place, lui méfiant et mal à l'aise, elle dans une séduction évidente et structurelle.

Une position... « Si vous le souhaitez, nous pouvons hospitaliser votre fille tout de suite dans le service du Dr X, aussi je vous propose une psychothérapie avec un minimum de deux séances par semaine. » Les parents refusent une nouvelle hospitalisation. Je prends rapidement la mesure de ce que cela implique et nous fixons un rendez-vous.

Une séance : je reçois uniquement Mlle X qui me parle de ses parents, des poneys (Dollar, Framboise et autres) et de son frère. Je lui explique que l'espace de mon bureau est uniquement pour elle. Plusieurs sortes de poneys figurent dans le discours et dans les actes de Mlle X : les poneys d'un club, des représentations de poneys ainsi que des poneys représentés. Les poneys semblent fonctionner comme une sorte de garantie ou de stabilisation ; l'objet occupe une place permanente dans la vie et les dires de Mlle X.

Par la suite : Mlle X vient une ou deux ou trois fois par semaine ; elle parle de ses amies, des poneys, de son frère qui fait des bêtises, de son oncle et ainsi de suite. Rapidement, je *tente* d'instaurer un système de paiement symbolique. Deux petites tablettes de chocolat par séance. Question d'une collègue : « Pourquoi tu fais ça ? » Moi : « Pour lui faire comprendre que je ne suis pas dans son projet de mort. » Bien des années plus tard, cette prise de position me paraît juste.

Mlle X occupe beaucoup de place dans ma vie. En ce qui concerne la thérapie proprement dite, elle exige des boîtes pour des chevaux, poneys, et autres objets (animaux en plastique, barrières de fermes style Playmobil et autres objets). Mlle X marque son prénom sur une, puis, deux, puis trois boîtes en plastique. Elle exige de retrouver les mêmes objets dans les mêmes boîtes de séance en séance. Elle exige aussi de signer une ou plusieurs fois mon cahier de rendez-vous (j'accepte jusqu'à trois ou quatre signatures ; tout comme Papa Hamlet, elle semble me dire : *Remember me*¹). Parfois elle emprunte un jouet en forme de poney, parfois elle représente un des poneys qu'elle monte (Dollar ou autres) à l'aide d'un poney en plastique. Elle s'intéresse beaucoup à la *filiation* des poneys.

Les parents ont mon numéro de téléphone personnel. Seule la mère l'utilise au début. Plus tard, il y aura des appels de Mlle X.

La thérapie avec Mlle X se poursuit avec une ou deux séances par semaine ; en parallèle, je reçois l'un des parents une ou deux fois par mois. La mère vient beaucoup plus facilement que le père, qui maintient plus ou moins son discours de bon sens. Je rencontre également un oncle (dans le couloir, Mlle X l'aime beaucoup) ainsi que la grand-mère, juste une heure... Je ne saurais dire aujourd'hui si cette heure fut décisive ou non...

Bricolage : la petite vient donc régulièrement. Elle raconte facilement des rêves qui se mélangent à des histoires vécues avec son amie Alice, chez qui elle passe du bon temps à jouer avec les chevaux et les poneys. Les dessins sont assez répétitifs : une maison, Mlle X avec père et mère. Couleurs :

vert, bleu et marron, parfois un soleil. Elle mange bien chez son amie, ainsi que chez sa grand-mère.

Transfert : violent. « Pourquoi tu viens pas chez moi ce week-end ? » Il s'agit donc d'une relation forte, ce qui complique sans doute la question du paiement sous forme de deux tablettes de chocolat... Parfois, Mlle X me vole une partie de mon salaire. Me regardant droit dans les yeux, elle mange la moitié d'une tablette (je rajoute cela à sa note). Ceci dit, je suis assez content de la voir manger quelque chose devant moi et je ne m'offusque pas du tout de ces incidents.

Les dessins : toujours les mêmes, à droite Papa ², Maman et Mlle X, de l'herbe (verte), à gauche le petit frère. La maison (traits marron) sépare nettement les parents et Mlle X du frère. Il y a aussi des fleurs (rouge, bleu et vert).

On joue : des chevaux et autres poneys sont placés dans un groupe d'animaux hétéroclite, petits canards, moutons, vaches, éléphants, oies, jars, tigres (?) etc. L'ensemble des animaux est entouré par une barrière de plastique marron.

La barrière est étanche

Ce scénario se renouvellera plus de cinquante fois, avec des variantes, comme celle des jeux de baignade : deux familles de chevaux, l'un d'entre eux (l'une ?) demande à la mère de l'autre famille la permission de se baigner avec eux (les enfants de cette famille).

La mère dit oui !

Généralement, je suis appelé à participer en tant qu'acteur polyvalent à ces jeux. Parfois, je me fais gronder car j'oublie mon rôle (n'oublions pas que les deux familles couvrent plusieurs générations !).

Parfois, assez souvent même, un cheval-enfant risque de se noyer pendant la baignade. Branle-bas de combat – le père de la famille invitante se jette à l'eau afin de sauver le cheval-enfant. Ce scénario se répéta maintes fois. À ma connaissance, il n'y eut jamais de mort. Souvent, il s'agissait d'un poulain qui, ayant obtenu la permission de ses parents de jouer avec les autres, s'adressait à la mère/cheval/jument de l'autre famille afin de pouvoir jouer avec eux dans l'eau. Le père de l'autre famille était systématiquement le sauveur.

Le fantasme de noyade/sauvetage était mis en scène à l'aide des petits animaux déjà évoqués. Mlle X exigea parfois une quantité donnée d'eau afin d'explicitier clairement son discours. L'eau revêtait deux fonctions : on pouvait la boire et on pouvait s'y noyer...

Le discours maternel : élevée dans le Sud de la France, elle n'aimait pas du tout la mentalité des gens d'Iff-sur-l'Eau. Très « famille », elle aimait beaucoup sa mère, mais avait bravé l'interdit familial en vivant avec son compagnon (père de ma patiente) hors mariage. La famille l'aurait « excommuniée » ; cela fut arrangé par un mariage en bonne et due forme ainsi que

par une grossesse qui eut lieu après le mariage religieux. Autrefois, quand elle était triste, elle ne mangeait pas, ou alors mangeait très peu. Elle n'aime pas Iff-sur-l'Eau ; il fait froid ; les gens sont distants, hypocrites, malhonnêtes etc.

La grand-mère paternelle possède un terrain – le père y emmène souvent sa fille, Mlle X va voir les poneys. La mère : a changé de poste afin de rester près de son mari. Elle est jolie au sens d'une photo de mode, ni chic ni *cheap*. Des lunettes de soleil sur le front, elle se maquille pendant une demi-heure avant de sortir. Elle dit avoir souffert d'une longue période de harcèlement moral ; une lutte à mort avec sa patronne, qui était plus âgée et moins diplômée qu'elle. La mère traversait donc une dépression grave (névrotique) pendant qu'elle portait Mlle X dans son ventre. Elle aurait aussi voulu être malade plus souvent pour être maternée par sa propre mère (grand-mère de ma patiente). Elle prend des antidépresseurs depuis longtemps (trois ans ?). Elle date son propre rejet de la nourriture du moment de son adolescence.

Chute et rechute : Mlle X mange, mais *uniquement* des aliments choisis par elle. Avant sa thérapie, elle avait été hospitalisée plusieurs fois d'urgence. Elle fut aussi hospitalisée une fois pendant sa thérapie dans les circonstances que voici.

Noël, cadeaux, famille, des masses de nourriture sur les tables. Mlle X ne mange plus, ni les yaourts choisis par elle, ni même les steaks tartares qu'elle exigeait autrefois. Les ruses d'antan sont épuisées. Ni le père ni la grand-mère ne parviennent à la faire manger.

Dix jours d'hôpital sans contact avec les parents. Le Dr P est intelligente – elle s'occupe du corps (la pesée etc.) et l'analyste s'occupe de la psyché. Notre collaboration a sans doute participé au mieux-être de Mlle X. L'intelligence du Dr P est de plus en plus rare dans le service public.

Mi-janvier : deux séances par semaine. Mlle X mange « pour ne pas retourner à l'hôpital ». Rêves de sang et de mort. « Est-ce que je vais mourir ? » Le thème de la mort est omniprésent. Un poney est malade (ou mort), la famille aurait vu un accident grave sur une route nationale. Elle hurle la nuit et va dormir avec les parents. Plusieurs appels à mon domicile : Mlle X me parle directement du « sang qui bave, les accidents, qu'est-ce qui se passe quand on va au ciel, j'ai peur d'aller au ciel », etc. L'angoisse se propage³...

Un week-end ou des vacances. Les enfants jouent dans le jardin, on joue au ballon près du garage. Le père de X, homme précis, rapide, efficace, la voiture, une marche arrière et à droite vers la nationale. Un enfant ensanglanté par terre : même à cinq kilomètres-heure, un pare-choc dans le nez fait des dégâts. Mlle « pas gâteau » hurle. Ambulance, panique générale.

L'événement fut vécu comme une rupture dans les fondements même de son existence. Pourquoi ? Parce que les images de morts et de sang (fantasmes) étaient comme confirmés par la « réalité ».

Cet arrière-plan pour introduire la période la plus intense de la relation : beaucoup de cauchemars, du sang, du sang toujours du sang. Un trop plein de Jouissance – peut-être. Mais, ceci dit, le problème de Mlle X restait entier !

Bricolage : depuis un certain temps, le père ou encore l'oncle donne à manger à Mlle X. Elle mange selon ses propres codes, elle sait plus ou moins qu'elle possède une bombe atomique : « Est-ce que je vais mourir ? »

Les séances changent à cette époque. Toujours les animaux entourés par la barrière étanche. Toujours le jeu de noyade/sauvetage. Ce qui change, c'est le comportement alimentaire des animaux : ils mangent de l'herbe et ils boivent de l'eau. Ils urinent (feutre jaune) un peu partout sur les papiers qui représentent les champs. Dans le même tournant, ils se mettent à déféquer un peu partout (feutre marron : des formes qui rappellent plus ou moins des bouses de vaches).

Mlle X avait, à mes yeux, accompli un pas en avant, car elle avait uni la pulsion orale à la pulsion anale et génitale. Du moins, c'est l'histoire que le thérapeute pouvait se raconter sur le moment ! On peut *supposer* que l'image inconsciente du corps avait changé...

Quoi qu'on en pense, ce virage s'est maintenu, et maintenant Mlle X mange à la cantine de son école. Suite à divers incidents, j'ai donné des instructions aux femmes de service de cette école pour éviter le forçage nutritionniste, qui produit le résultats que l'on sait !

Mlle X n'est pas grosse, mais son poids n'inquiète plus le Dr P. J'encourage la socialisation de Mlle X, qui passe du bon temps chez Alice et mange comme tout le monde chez sa copine. (La notion de neutralité bienveillante me paraissait déjà une tartuferie, je préfère de loin la position de Stack Sullivan repris par la fille de M. Klein : *going all out for the patient* ; là, au moins, la question éthique est clairement posée, même si la folie gestionnaire ne peut en tenir compte).

Les animaux mangent et boivent, ils urinent et défèquent. Les rêves de sang et de mort s'estompent graduellement.

Les dessins : le petit frère est moins absent, la maison a plus de fenêtres, les corps sont parfois pleins.

La grand-mère est chez la mère. Elle me consacre une heure, elle vient seule. Un bon contact, elle me connaît par ouï-dire, la mère m'avait déjà dit que j'étais « le sauveur » de Mlle X et donc de la famille. Il y avait là de quoi nourrir mes propres cauchemars, mes réveils du mercredi vers trois heures du matin, l'angoisse, « qu'est ce que je vais faire ? »

Les secrets de la grand-mère : elle explique assez facilement son propre rapport à l'anorexie ; quand elle était triste, elle ne mangeait pas. Cette logique implacable s'est appliquée à elle entre ses seize, dix-sept ans et le mariage. Elle n'a jamais joui lors de ses quarante ans de mariage, ni par le vagin, ni par le clitoris. Ils étaient pauvres, il a fallu travailler durement pour élever les enfants. Elle parle de sa vie sexuelle pour la première fois.

Quelques notes : l'anorexie est présente comme symptôme sur trois générations. La jouissance sexuelle pour la femme apparaît comme problématique, au moins pour la première génération. Ma patiente aurait donc puisé dans un fond symptomatique disponible depuis plus d'un demi-siècle.

*
* *
*

Je *suppose* que Mlle X joue avec la mort d'autant plus facilement que ce jeu s'inscrit dans la logique inconsciente des deux générations de femmes qui la précèdent. Je demande donc à la grand-mère de parler à sa petite-fille pour lui expliquer qu'elle aussi avait eu ce problème ⁴.

L'angoisse semble s'apaiser. Elle mange ! Parfois, Mlle X rate des séances (projets à l'école etc.). Les investissements s'organisent autrement, me dis-je, tout en sachant que dans le noir il faut siffler !

La socialisation s'améliore de semaine en semaine ; Mlle X mange bien à la cantine, sa collection de chevaux et de poneys sous forme de jouets dépasse la centaine, la plupart d'entre eux ont des noms, me dit-on. L'intérêt pour les poneys véritables semble diminuer, mais Dollar figure assez souvent dans les dessins de la dernière période de notre relation.

Pendant cette dernière période, la mère se montre toujours aussi incapable de faire face à ses deux enfants. La secrétaire entend ce qui se passe dans la salle d'attente de son petit bureau. Elle explique que la mère de ma patiente arrive avec les deux enfants, qui se mettent tout naturellement à jouer avec divers objets de récupération qui sont à la disposition des enfants dans la salle d'attente (un couloir de dix mètres de long dont la largeur se réduit de deux mètres à un mètre vers le milieu). Selon la secrétaire, après deux ou trois minutes, la mère commence à crier, car elle est vite débordée par l'activité de ses enfants (ils jouent avec des voitures, poupées, tracteurs, etc.).

La haine : de plus en plus Mlle X manifeste de la haine pour son petit frère, elle veut le commander, le soigner, le punir ; de temps à autre, elle le frappe.

L'école : une star, le chouchou de la maîtresse (et de son thérapeute, qui n'organise des boîtes que pour elle, malgré les attaques intempestives des enfants psychotiques). Les repas se passent bien, elle mange ce qu'elle veut, elle laisse ce qu'elle veut, mes instructions sont suivies à la lettre ; l'école a l'habitude des « enfants du CMP » et respecte la distance nécessaire.

Les poneys : il n'a pas été nécessaire d'acheter un poney pour Mlle X. c'est une éventualité que j'avais longtemps nourrie en secret, au cas où ⁵...

Clinique : Mlle X est de plus en plus exigeante, me corrige quand je me trompe de rôle dans les jeux de famille de poneys : « Mais non, toi tu dois dire ... » Ou encore : « Toi, t'es le papa de... »

Tarifs : bien entendu, je les augmente ; désormais, je coûte très cher – deux tablettes de chocolat, deux rêves et deux dessins !

Une erreur : une fois, en fin de séance, le petit frère est entré dans mon bureau ; cela m'a coûté très cher ; deux séances ratées et trois jours de grève de la faim. Plus jamais ça ! C'est dire l'énergie qu'il faut appliquer aux cas d'anorexie infantile, *aucune* faute ne sera pardonnée !

Clinique : le poids est stable, me dit-on, les rêves sont désormais les gardiens du sommeil, selon la mère, la grand-mère aurait révélé son secret à sa petite-fille. Les fins de séances sont difficiles (c'est une constante dans la cure de Mlle X). Souvent, elle exige de terminer un dessin, ou alors de compléter un scénario avec des animaux. Souvent, je cède avec une hâte insistante... Le projet de mort semble être repris par des projets plus grandioses : l'école, les copines, les poneys...

Un poney est malade (ou mort), pas de régression, pas de grève de la faim, aucune interprétation de ma part, j'espère que cela n'aura pas de conséquence et n'insiste pas... Le cas de Mlle X a été l'objet d'une présentation orale, on dit que Mlle X est « effrayante », c'est juste : la petite fille n'a jamais caché son projet de mort, bien au contraire...

L'expérience clinique enseigne l'idée que beaucoup d'anorexiques sont prisonnières d'une image narcissique particulièrement toxique. Parfois (pas toujours), cela tient d'une tradition familiale. Si l'on considère que la psychopathologie cherche ses racines dans l'opposition dialectique entre signe et stade du miroir, l'on doit se poser la question de savoir comment Mlle X est arrivée à une image inconsciente de son corps aussi marquée par la pulsion de mort. Elle n'est pas psychotique – aucun symptôme psychiatrique de psychose, aucune indication quant à une structure psychotique. Elle pense savoir qui elle est en tant que sujet, elle signe ses boîtes de jouets au feutre noir, plusieurs fois même ! Elle insiste aussi en fin de séance pour signer mon carnet de rendez-vous (comment refuser ?), elle signe de son prénom. Elle n'a jamais signé de son nom de famille en ma présence ; le nom de famille pourrait évoquer le sexe, les vacances, l'ailleurs ou encore l'infidélité.

Mlle X se reconnaît en tant que sujet, mais son image du corps est mal arrimée. Ceci nous oblige à réinterroger le stade du miroir ainsi que les fondements de l'être névrotique. On *suppose* qu'entre six et dix-huit mois le sujet névrotique en devenir capte une image ; cette captation sera confirmée par un témoin qui dira : oui, il s'agit bien de toi ! Le stade du miroir peut s'inscrire en tant que ratage (la fonction de témoin ne garantit pas l'inscription nécessaire de la subjectivité). Nous supposons que pour Mlle X cette fonction de témoin fut inscrite sur le mode de *l'incertain* – peut-être à cause de la grave dépression de la mère.

L'incertain ne veut pas dire ratage ! Le problème de l'amplification des troubles psychiques sur plusieurs générations a été abordé par B.A. Morel, H. Stack Sullivan, Manfred Bleuler, D. Cooper, J. Lacan et ainsi de suite. Il serait trop facile, cependant, de réduire les souffrances de Mlle X à un simple schéma bien connu, « rodé » pourrait-on dire.

La psychanalyse suppose qu'il est possible, au moins partiellement et, bien sûr, toujours de façon aléatoire, de modifier le rapport du sujet au destin familial, à l'amplification du symptôme, au Réel. « Est-ce que je vais mourir ? »

L'investissement familial sur ma personne m'obligea à prendre une position de plus en plus stricte. Par exemple, la famille me vit un jour en route vers le CMP, naturellement le père s'arrêta et voulut m'emmener. Le refus de ma part fut bien compris... quelque temps après.

De manière générale, les médecins spécialisés prévoient une épidémie d'anorexie infantile et, selon notre expérience clinique, ils ont entièrement raison ! La logique du PMSI ⁶ va à l'encontre du soin ; les conditions nécessaires pour une cure analytique de l'anorexie sont nécessairement en opposition aux buts réels du PMSI. L'avenir appartient à la maladie mentale, on le savait depuis Freud, la logique du PMSI risque de remplir les cimetières plus vite que prévu.

Pourquoi, ici, la position analytique a-t-elle permis d'éviter l'échec ?

Mlle X s'intéresse essentiellement à deux objets : le *Rien*, qui l'amène vers une Jouissance illimitée et sans nom, et les poneys, qui se sont démultipliés pendant la cure. La violence du transfert a permis l'exigence d'un paiement qui devait être progressivement augmenté. (Cette augmentation peut se lire comme baromètre du contre-transfert). En tant qu'analyste, j'étais respecté et (trop) idéalisé ⁷ par les deux générations de femmes qui précédaient ma patiente. Cela devait avoir un certain poids dans les raisonnements inconscients de Mlle X. De bonne heure... De toute évidence, la question du transfert trouve des éléments de réponse dans la question de la valeur de l'objet oral. L'idée de faire « payer » Mlle X en petits bâtons de chocolats s'imposait... Ce « fait » clinique résulte peut-être de deux positions ; celle de l'analyste, qui suppose une valeur particulière de l'objet oral, et celle de la patiente, qui suppose une valeur très particulière à la Jouissance procurée par l'objet *Rien*.

*
* *
*

Vers une théorie du bricolage : il n'y a pas de « cure type » pour l'anorexie infantile ; l'invention clinique exige donc sa place. Ni la « raison » ni l'administration scientifiqno-nutritionniste ne peuvent répondre à la Jouissance obscène du Rien. La position du bricoleur, par contre, permet un jeu sur l'objet oral et sur la pulsion de mort. L'analyse des adultes exige un Sujet-Supposé-Savoir – admettons. L'analyse des anorexiques infantiles suppose un bricolage, telle est la leçon humiliante infligée à la science par Mlle « pas gâteau ».

David F. Allen,
maître de conférence à l'UFR de psychologie de Rennes II,
psychanalyste, 9 bis, rue Michel-Chasles, 75012 Paris.

NOTES

1. Il s'agit d'une sorte de lettre adressée à l'Autre.
2. Il s'agit bien d'un « Papa ».
3. L'auteur se réveillait parfois à trois heures du matin avec des sueurs froides.
4. Influence de Stack Sullivan ou de Dolto ? sans doute !
5. Comme dirait Sullivan : « Il n'échappe pas à l'auteur qu'il se propose, malgré tout, d'échanger l'objet *Rien* pour un objet d'une autre consistance ».
6. PMSI : décret adopté dans les années 1980 calqué sur un système nord-américain (canadien) « d'évaluation » des hôpitaux et ayant des effets pervers qu'aucun parti politique n'a cru bon de relever :
 - les directeurs d'hôpitaux se sentent concernés uniquement par *l'image*, statistique et médiatique, de leur institution ;
 - le système comptable encourage les praticiens à « faire du chiffre ». Dans la pratique, les directeurs d'hôpitaux demandent aux médecins-chef de faire faire des « entretiens thérapeutiques espacés » (*sic*). Le clinicien, s'il accepte, voit certains patients une fois tous les deux ou trois mois.
 - PMSI + régionalisation + DSM = catastrophe. La focalisation sur le budget conduit l'hôpital à mettre la vie de certains patients en danger. Exemple clinique : un patient CGTiste chômeur et alcoolique+++ vient au CMP en voiture (pas de permis pour cause d'alcool au volant). Le psychologue demande un papier de VSL (*véhicule sanitaire léger*) pour éviter le risque d'incident gendarmesque (l'homme vit à la campagne : ni bus ni train). VSL refusé pour cause de PMSI (trop cher). Je laisse la parole au patient : « Le copain de la speakerine, celui qui porte des sacs de riz pour la télé, il s'occupe de la misère dans le monde, mais pourquoi il s'occupe pas de la misère chez nous, hein ? » La réponse est dans le PMSI ;
 - le PMSI produit donc une logique comptable qui pousse les patients à la morgue. Le raisonnement est simple, a) le personnel en CDD a peur pour son avenir, réduit à une sorte d'esclavage *soft*, il est à la merci de l'institution comptable, b) les psychiatres P.H. coûtent cher, on les remplace par des généralistes bon marché de compétence variable. Ce jeu administratif pervers entraîne non seulement des tentatives de suicides, mais aussi des « accidents » chez des personnes qui perdent l'accès aux soins dont ils ont besoin. Mais la mort des patients ne compte pas dans « l'évaluation » – la secrétaire (temps partiel) écrit DCD en gros feutre noir sur le dossier de carton vert.
7. C'est une position dangereuse et psychologiquement coûteuse, ceci dit, ceux qui souhaitent une clinique sans danger ne doivent pas travailler avec des anorexiques.

RÉSUMÉ

On constate depuis vingt ans une augmentation des anorexies infantiles qui semble faire écho à la dissolution du lien social. Ici, l'auteur tente de rendre compte de plusieurs années de travail avec une jeune anorexique dont la courbe de croissance a cessé de progresser à l'âge de neuf mois. Mais comment changer l'objet *Rien* en autre chose ? La violence particulière du transfert est abordée.

MOTS CLÉS

Anorexie infantile, transfert, dépression maternelle, objet *rien*, bricolage thérapeutique.

ABSTRACT

Over the last 20 years there has been an increase in infantile anorexia – this matches the obvious dissolution of the the social bond. The author tries to account for several years of therapy with a young girl who stopped eating when she was 9 months old. The object « nothing » had to be replaced with something else. The question of the violent nature of the transference is raised.

KEY WORDS

Infantile anorexia, transference, depression in mother, « nothing » as object.